



Des soins pertinents ?

De fortes variations d'activités de soins existent entre régions ou territoires qui ne s'expliquent pas par la démographie ou l'état de santé des populations. Cela amène à se poser la question de la pertinence des soins.

La pertinence : nouvelle justification pour faire des économies ou nouvelle dimension de la qualité des soins ?

Arnaud Fouchard
Direction générale
de l'offre de soins

La volonté d'améliorer la pertinence des soins n'est pas nouvelle mais elle fait l'objet d'une approche renouvelée car elle intervient au carrefour d'un contexte financièrement contraint, qui incite à limiter les dépenses inutiles, et d'une préoccupation grandissante pour la qualité des soins et la sécurité du patient.

Bien que la qualité du système de santé dans notre pays soit de bon niveau, les inégalités y sont très importantes : les inégalités sociales, largement documentées, y compris dans cette revue, et les inégalités géographiques ou territoriales qui le sont beaucoup moins et qui résultent du fait que les patients sont pris en charge différemment en fonction du lieu dans lequel ils résident. On parle de « variations » ou de « variabilité des pratiques médicales » : au sein d'un groupe d'individus présentant la même pathologie et les mêmes symptômes, certains vont être traités et d'autres pas. Parmi les patients traités, certains le seront en ville, d'autres à l'hôpital et certains d'entre eux recevront un traitement médicamenteux quand d'autres seront opérés. Les comparaisons montrent par exemple que dans certains départements français,

il y a deux fois plus d'accouchements par césarienne que dans d'autres [42].

Dans un certain nombre de cas, cette variabilité répond à l'épidémiologie locale, à l'état particulier des patients (leurs comorbidités par exemple), à leurs préférences, à un protocole de recherche ou à une nouvelle technique en cours de déploiement. Ces variations sont considérées comme justifiées. Mais des variations qui ne sont liées ni à l'état du patient, ni à ses préférences, existent aussi. Depuis son article paru en 1973 dans la revue *Science*, John Wennberg est le chercheur qui a le plus travaillé sur ces questions de variations injustifiées (*Unwarranted variations*). Il est aussi le fondateur du *Dartmouth Atlas of Health Care* qui documente depuis 1999 les profils de consommation des soins aux États-Unis, par zone géographique. Il écrivait en 2010 que « la plupart de ces variations dépendaient surtout de la capacité et de la volonté des médecins à offrir le traitement approprié plutôt qu'à des écarts qui seraient liés à la pathologie ou aux préférences des patients » [54].

La conséquence de ces variations est que, d'un côté, certains patients n'ont pas accès aux soins qui leur

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 57.*

Les effets délétères des actes non pertinents

La pertinence (en prévention, diagnostique, thérapeutique, réadaptation) contribue fortement au respect du premier principe de l'exercice médical : *primum non nocere*¹.

La sous-utilisation des soins, définie comme la non-réalisation d'actes médicalement justifiés, est en grande partie la cause des dommages pour les patients associés aux soins [37]. Les retard et absence de diagnostic et de traitement concernent une proportion élevée des prises en charge de patients porteurs de maladie chronique. Le chiffre de 50 % est souvent

1. « D'abord ne pas nuire »

avancé dans les pays développés [19]. Cette sous-utilisation est la conséquence d'erreurs par omission qui sont à peu près aussi fréquentes que les erreurs par commission [38]. Les conséquences en termes de perte de chance et de dommage pour les patients n'ont pas été estimées à large échelle.

La surutilisation des soins, définie comme la réalisation d'actes non médicalement justifiés, peut également créer des dommages aux patients, soit directement par les complications des tests diagnostiques ou des traitements, soit indirectement en générant des résultats positifs (vrais-

positifs ou faux-positifs) nécessitant la poursuite d'explorations, voire des diagnostics en excès, conduisant à terme à des erreurs et des événements indésirables associés aux soins [20]. De surcroît, l'annonce de résultats faussement positifs peut avoir des conséquences psychologiques importantes pour les patients [7]. Enfin, nous incluons dans cette liste les prises en charge agressives au regard des effets attendus, dans les maladies graves comme en fin de vie, qui détériorent la qualité de vie des patients, ou plus simplement qui ne tiennent pas compte des préférences de patients [35].

Philippe Michel
Direction
organisation,
qualité, risques
et usagers,
Hospices civils
de Lyon

seraient nécessaires, et que d'un autre côté, certains patients subissent des traitements ou des examens, alors qu'ils n'en ont pas besoin... Et cela ne dépend ni de leur condition (pathologies, comorbidités...), ni de leur préférence. Ces soins, lorsqu'ils ne sont pas les plus adaptés à la situation du patient, sont qualifiés de « non pertinents ». À noter qu'il faut distinguer la notion de soin justifié et de soin pertinent : hospitaliser un patient pour une chirurgie est justifié mais non pertinent, si cette même chirurgie peut être faite en ambulatoire.

Ces variations interrogent la capacité de notre système de santé à assurer une égalité « de traitement » sur l'ensemble du territoire et mettent en cause l'efficacité des soins délivrés. Pour les institutions nationales, garantes de la santé de la population et responsables des finances publiques, il apparaît nécessaire de réduire ces variations des pratiques afin, non seulement, d'améliorer l'accès à des soins de qualité mais aussi d'améliorer la pertinence des soins délivrés. Car d'une part, il faut rappeler que des soins sont toujours potentiellement dangereux pour le patient et l'exposition à ce risque n'a pas lieu d'être si l'acte est injustifié et que d'autre part, ces actes occasionnent des dépenses importantes qui seraient mieux utilisées autrement. Reste à trouver les moyens de persuader des professionnels qui sont les seuls à pouvoir agir sur ces actes inutiles.

Davantage la priorité des institutions que celle des professionnels

Pour les soignants qui vivent au quotidien les conséquences des économies imposées par les établissements de santé, par les agences régionales de santé et par le ministère, la pertinence des soins reste encore un concept flou. Il est souvent dominé par l'impression qu'il s'agit d'une nouvelle justification pour réduire encore les moyens dont ils disposent, pour surveiller leurs

pratiques et finalement pour faire peser la pression de tout un système sur eux.

Si certains directeurs, responsables qualité ou professionnels de santé, s'emparent du sujet, c'est loin d'être le cas dans toutes les équipes médicales ; travailler à l'analyse et l'amélioration de sa pratique requiert un temps que tout le monde ne choisit pas de s'accorder. Mais pour le médecin, ce n'est pas un luxe, c'est une nécessité. De par son métier, et même s'il n'a qu'une obligation de moyen, il doit proposer au patient les meilleurs soins compte tenu de son état. Savoir quelle est la prise en charge la plus adéquate relève de l'évaluation des pratiques. Le médecin, en tant que prescripteur, a un rôle central au sein de l'équipe. Les équipes paramédicales interviennent dans l'exécution de cette prescription et même si elles permettent parfois de repérer des erreurs dans les prescriptions médicales, c'est le médecin qui porte la responsabilité de la prescription et c'est donc à lui de prescrire le traitement le plus approprié au patient.

Apparemment, il semble y avoir un consensus au sein de la communauté médicale pour considérer qu'une large part des actes et prescriptions réalisés sont inutiles. Après une enquête réalisée auprès de 800 médecins, la Fédération hospitalière de France a avancé le chiffre de 30 %. Effectivement, lorsque l'on interroge les soignants, ils sont prompts à souligner que tel ionogramme sanguin a été « prescrit mais même pas regardé au retour du laboratoire », que tel scanner est fait « en attendant l'IRM » ou que telle prescription médicamenteuse est faite « pour que le patient ne soit pas venu pour rien ». Les soignants connaissent bien le problème des examens faits de manière systématique et ces prescriptions indésirables. Mais ils les justifient aussi par le fait que « le patient ne peut pas repartir sans rien », que « c'est lui qui l'a demandé » ou



ils invoquent « *la peur du contentieux* » lorsqu'il s'agit d'un examen plus lourd qu'ils ont concédé alors qu'ils n'auraient pas souhaité le prescrire. Mais c'est oublier la responsabilité du praticien. Les recours sont moins nombreux que les événements indésirables, en France. L'exercice médical a évolué et les rapports qu'entretiennent les patients avec leur médecin aussi. Toutefois, le sachant demeure le professionnel de santé, c'est à lui que revient la charge de s'informer, de conseiller et d'inciter son patient.

La pertinence, un concept évolutif

La pertinence d'un geste, d'un acte ou d'une prise en charge évolue dans le temps. En médecine, les avancées dans la connaissance et le développement des nouvelles techniques d'intervention rendent rapidement caduques, ce qui a été appris, ce qui a pu être recommandé. Deux exemples pour illustrer cela : les endoprothèses coronaires et l'appendicectomie. Depuis que les endoprothèses coronaires (ou stents) sont apparues, elles ont été massivement implantées car elles apportent un bénéfice en termes de survie pour le patient victime d'un syndrome coronaire aigu, au point que les centres de cardiologie interventionnelle se sont multipliés. Pourtant, il n'a pas fallu très longtemps pour se rendre compte que si ces stents apportaient un bénéfice en matière de survie dans le cas où ils étaient posés à la phase aiguë, le plus rapidement possible, ceux implantés après n'avaient que peu d'effets bénéfiques, en termes de soulagement des symptômes, comparativement au seul traitement médicamenteux. Car les patients à qui l'on pose des stents sont exposés à des risques de complications pendant l'intervention, à des saignements à long terme et à la thrombose de stent. Une étude rétrospective portant sur les 600 000 poses de stents annuelles aux États-Unis entre 2009 et 2010 montrait que si la plupart des stents posés en phase aiguë étaient justifiés, seule la moitié des stents posés hors phase aiguë (73 000) pouvait être déclarée « pertinente », 38 % des poses pouvaient être qualifiées « d'incertaines » et 12 % « de non pertinentes » soit près de 17 000 interventions [12]. Le sujet de l'innovation thérapeutique est important à mettre en perspective dans ce contexte : nouveauté ne signifie pas nécessairement progrès, des médicaments nouveaux peuvent avoir un apport faible, voire nul, dans la stratégie thérapeutique. S'emparer des nouvelles techniques n'est donc pas forcément le gage du soin le plus adapté au patient tant qu'elles n'ont pas fait l'objet d'une évaluation satisfaisante.

Considérons maintenant l'appendicectomie, intervention courante qui consiste à retirer l'appendice lorsqu'il est infecté. En France, le nombre d'interventions est passé de 300 000 dans les années 1980 à 80 000 en 2010, soit une baisse d'un facteur 4 en trente ans, en raison notamment de l'évolution des indications des appendicectomies [18]. Ce que l'on constate cependant c'est que cette baisse de façon tendancielle ne l'est pas

de façon uniforme sur le territoire. Pourtant, si l'accès aux soins de tous est un droit, recevoir les soins les plus appropriés l'est tout autant (article L. 1110-5 du Code de la santé publique).

Comment agir pour améliorer la pertinence des soins ?

La sensibilisation des patients et usagers du système de soin à cette problématique de la pertinence est un axe important qui nécessitera des outils spécifiques (lire p. 43).


S'agissant des professionnels médicaux et paramédicaux, il est incontestable que la formation initiale et continue soit un levier majeur pour maintenir des connaissances en phase avec les avancées de la science et des techniques.

Comment amener les professionnels à analyser la pertinence de leurs actes et prestations au quotidien ? Il y a là une dimension personnelle qui relève de l'analyse de ses performances individuelles, en se comparant aux autres, au référentiel. Pour cela, la mise à disposition des professionnels de données et d'indicateurs, de manière à leur permettre l'objectivation de leurs résultats, des variations des pratiques entre praticiens, des écarts aux référentiels est indispensable pour leur compréhension. Ces indicateurs doivent venir renforcer les outils d'amélioration de la qualité des pratiques et l'installation d'une culture d'auto-évaluation. Une autre dimension relève de l'équipe : certaines décisions peuvent être prises en staff, qu'il soit interne à l'équipe ou élargi à l'avis d'autres spécialistes comme c'est déjà le cas en oncologie. Les discussions médico-chirurgicales destinées à évaluer l'opportunité de l'angioplastie ou celle d'un pontage aorto-coronarien sont à encourager. L'équipe est aussi le bon niveau pour standardiser ce qui peut l'être. Aux États-Unis, le système de santé *Intermountain Healthcare* développé dans l'Utah, et mis en avant par le président Obama, au moment de sa réforme, en raison de ses faibles coûts *per capita* [16], prône la mise en place de procédures qui tiennent compte des référentiels de bonnes pratiques disponibles et consignent dans les dossiers médicaux les justifications des écarts à cette procédure. En retour, ces écarts récurrents viendront alimenter la procédure qui deviendra plus précise. Comme dans l'industrie, ce qui peut être standardisé doit permettre de réduire les variations et d'améliorer la qualité des soins au bénéfice du patient et sans nuire pour autant à l'autonomie du médecin [4].

Enfin, et pour que la transposition du *lean management*¹ à l'hôpital français devienne réelle, il conviendra

1. Le *lean management* est un système d'organisation du travail qui trouve ses racines au Japon et cherche à mettre à contribution l'ensemble des acteurs afin d'éliminer les gaspillages qui réduisent l'efficacité et la performance d'une entreprise. Pour cela, le *lean* se fixe comme objectif d'éradiquer trois « démons » de l'organisation du travail : Muda (tout ce qui est sans valeur), Muri (l'excès ou la surcharge de travail engendrée par des processus non adaptés) et Mura (la variabilité, ou l'irrégularité).

aussi de supprimer les pratiques inutiles ou obsolètes en commençant par dresser une liste d'actes qui peuvent être qualifiés de « faible valeur ajoutée » (*low-value procedures*) au regard des évaluations de leur balance bénéfique/risque, des recommandations de bonne pratique et des stratégies thérapeutiques *evidence-based*. Les prostatectomies réalisées pour

hypertrophie bénigne de la prostate ou les césariennes faites chez des patientes à bas risque pourraient faire partie de cette liste, par exemple. Ces actes pourront évidemment toujours être réalisés dès lors que l'état d'un patient le nécessitera, mais ils devront devenir marginaux car il ne s'agit pas, dans la plupart des cas, de la pratique la plus pertinente. 

Que sait-on des variations des pratiques en établissements ?

Les variations de pratique médicale découlent des différentes stratégies thérapeutiques qui peuvent être utilisées par les médecins pour traiter un patient. Plusieurs facteurs interviennent dans ce choix de la part du médecin, à commencer par son expérience et sa formation. Mais ce ne sont pas les seuls, des facteurs liés au patient sont également à prendre en compte, comme son état clinique, ses préférences devant les différentes thérapeutiques... D'autres facteurs indépendants de ces deux acteurs peuvent également intervenir, comme la disponibilité de l'offre de soin, l'existence de recommandations de bonnes pratiques...

Comme on le voit cette variabilité des pratiques est plurifactorielle et si on veut la mesurer objectivement il faut une base de données dans laquelle on peut rattacher un médecin à un patient, et qui comporte des informations sur l'état clinique du patient et sur les actes réalisés permettant d'analyser les choix thérapeutiques en fonction des recommandations, lorsqu'elles existent. En routine, la seule base permettant de faire ce type d'analyse est le Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram). Cependant elle est d'utilisation complexe et ne permet d'analyser que la pratique des médecins du secteur libéral.

La question qui est posée ici concerne les variations des pratiques en établissement, et donc pour ce faire on va considérer un établissement comme une seule entité médicale, en faisant abstraction du fait qu'en son sein les médecins pourraient avoir des pratiques médicales différentes.

L'habitude depuis les années 1970-80, avec les travaux de Wennberg *et al.* sur ce sujet, est d'utiliser les variations de taux de recours sur des zones géographiques données.

Le taux de recours mesure la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone. Il a l'avantage de se calculer facilement à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), pour la consommation

de soins, et des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour la population des zones géographiques. Il faut noter que dans ce cadre, sur une zone géographique, plusieurs établissements peuvent être présents et ce faisant on analyse en fait la pratique moyenne des médecins de l'ensemble de ces établissements.

Les conditions pour que deux zones géographiques aient les mêmes taux de recours pour une activité donnée sont, sans essayer d'être exhaustif :

- le fait que leur population soit comparable pour ce qui est de l'âge et du sexe. Ces paramètres peuvent être contrôlés en réalisant une standardisation (on parlera de taux de recours standardisés) ;
- le fait que l'état de santé supposé des populations soit équivalent : en particulier qu'il n'y ait pas de facteurs épidémiologiques ou environnementaux impactant l'activité analysée qui diffèrent entre les deux zones. On pourra citer la consommation d'alcool, ou l'ensoleillement, comme facteurs pouvant influencer sur certaines activités par exemple ;
- le fait qu'il n'y ait pas de facteurs socio-économiques et culturels trop différents entre les zones comparées. On peut évoquer ici, comme exemple, le caractère rural ou urbain des zones ;
- un accès aux soins équivalent pour les deux zones. On pourra citer ici, l'existence d'un CHU dans une des zones par exemple ;
- l'accessibilité géographique et la disponibilité de l'offre ;
- le fait que tous les médecins concernés aient les mêmes pratiques en moyenne.

Une variation d'un taux de recours standardisé n'est donc pas synonyme d'une différence de pratique et nécessite une analyse complémentaire afin de vérifier qu'il n'y a pas de facteur confondant pouvant biaiser les conclusions.

Ces préalables ayant été posés, les taux de recours par zone géographique sont-ils disponibles en France ?

Depuis plusieurs années l'ATIH propose une application sur son site de restitution Scansanté

Max Bensadon
Directeur adjoint,
chef de service,
Service Architecture
et production
informatiques,
Agence technique
de l'information sur
l'hospitalisation
(ATIH)



(<http://www.scansante.fr>) offrant plus de 40 000 cartes et plus du double de tableaux permettant de présenter les taux de recours bruts et standardisés par âge et par sexe (lire p. 22).

Les zones géographiques pouvant être interrogées sont les régions, les territoires de santé ou des zonages spécifiques réalisés à la demande des agences régionales de santé (ARS).

Les activités pour lesquelles les taux de recours sont présentés concernent tous les champs de l'hospitalisation (maladie, chirurgie, obstétrique – MCO ; hospitalisation à domicile – HAD ; soins de suite et réadaptation – SSR) ; psychiatrie et « ensemble des champs ») avec un développement plus important pour le champ MCO pour lequel on peut analyser, outre le taux de recours global, les activités suivantes :

- Activités liées aux indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) définis par le ministère dans le cadre du suivi de l'activité des ARS.
- Activité de soins (MCO – hors séances) correspondant à des regroupements de groupes homogènes de malades (GHM) tentant de s'approcher de l'activité des services de médecine, chirurgie ou obstétrique.
- Catégories d'activités de soins (CAS) : correspondant à des regroupements de GHM liés à la réalisation des actes (chirurgie, petit interventionnel, obstétrique, sans actes et séances).
- Domaines d'activité (DoAc) : au nombre de 28, ils correspondent à des regroupements de GHM permettant de se caler sur des spécialités médicales.
- Groupes Planification (GP) : au nombre de 82, ils

déclinent les catégories d'activités de soins par groupes dans une logique de planification.

- Groupes Activités (GA) : au nombre de 218, qui sont une déclinaison des groupes Planification.
- Activités ciblées pertinence des soins dans les programmes nationaux : au nombre de 33, elles correspondent à des activités choisies sur des arguments de fréquence, d'évolution et de variabilité importantes du taux de recours. Elles sont complétées par des activités notées comme importante dans ce cadre au niveau national ou international (chirurgie bariatrique par exemple).
- Par actes classants : permettant de choisir une famille, une sous-famille voire un acte de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Les tableaux présentés permettent d'avoir les évolutions des taux de recours sur cinq ans et présentent un autre indicateur en fonction du choix : le nombre de séjours, si analyse de taux bruts, un indice national permettant l'interprétation, si taux standardisés.

En complément le site ScanSanté permet d'accéder à des tableaux d'analyse croisant l'activité des établissements de santé de la région choisie et la consommation des habitants de chaque territoire de santé. Les taux d'attractivité et taux de fuite interrégionaux et intra-régionaux (par territoire) sont également disponibles.


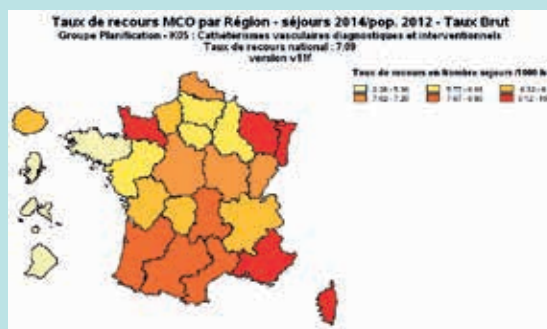
Cet ensemble d'applications, même s'il n'a évidemment pas l'envergure de l'Atlas de Dartmouth qui a une vocation d'information du public, permet de fournir un ensemble d'éléments importants pour les décideurs, en particulier les ARS, dans le cadre des analyses des problèmes de recours à l'offre de soins. 

figure 1

À titre illustratif : le type de carte qui est produit et le type de tableau présentant les évolutions de taux de recours brut sur 5 ans



Code	Région	Taux brut					Nombre de séjours				
		2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
1	Guadeloupe	2,47	2,49	2,65	3,32	3,71	993	998	1067	1342	1496
2	Martinique	3,63	3,74	3,72	3,99	4,08	1443	1481	1467	1566	1585
3	Guyane	2,53	2,78	2,45	2,51	2,28	554	625	562	596	547

Les variations des pratiques en ambulatoire : enseignements et rôle de la rémunération sur objectifs de santé publique

Les variations des pratiques médicales sont définies ici comme des différences dans les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques qui ne s'expliquent pas par la diversité des situations cliniques, des besoins ou des caractéristiques des patients. Ces variations sont observées à l'échelle populationnelle, que ce soit au niveau des territoires, des patientèles, de catégories de patients, etc. Depuis les années 1970, et notamment les travaux de Wennberg aux États-Unis, la mise en évidence de ces variations questionne la pertinence des pratiques concernées. Mesurer la variation des pratiques permet ainsi d'identifier des situations potentielles de non-pertinence (par excès ou par défaut, avec des conséquences éventuelles en termes d'efficacité, d'efficience et de sécurité), de cibler des mesures correctrices le cas échéant, et de suivre et d'évaluer les résultats de ces mesures. C'est notamment à partir d'une telle description des pratiques, de leur variabilité et de leur comparaison avec la situation dans d'autres pays et avec des référentiels, lorsqu'ils existent, que l'Assurance maladie définit ses priorités et ses leviers d'interventions¹. Qu'en est-il de la situation en médecine ambulatoire en France ? Les travaux historiques portent sur la chirurgie et le recours aux soins hospitaliers. Cependant, la médecine ambulatoire a aussi fait l'objet de nombreuses études, même si la mesure est plus difficile et les comparaisons internationales parfois malaisées. L'utilisation des bases de remboursement est une opportunité de systématiser et d'affiner ces démarches. En effet, l'amélioration et l'enrichissement progressif de ces bases, en particulier le récent chaînage des données hospitalières et de remboursement de ville, permettent l'analyse non seulement d'actes isolés mais aussi de processus de soins dans leur ensemble et permet le développement d'indicateurs plus précis concernant une situation ou une pathologie déterminée. Nous illustrerons ici l'intérêt de l'utilisation de ces bases à travers l'exemple de la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins traitants. En effet, la ROSP, parce qu'elle concerne l'ensemble des médecins traitants, parce qu'elle couvre un large éventail des pratiques médicales et parce que ses indicateurs se basent sur des référentiels, représente une bonne illustration des variations des pratiques et des écarts aux recommandations qui peuvent être constatés.

1. Comme illustration de la démarche, voir par exemple les rapports annuels de propositions : www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2016.php

La ROSP a été mise en place en 2012 par l'Assurance maladie, suite à la signature de la nouvelle convention médicale. Elle concerne l'ensemble des médecins traitants. Elle a fait suite au Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), expérimentation auprès de médecins traitants volontaires lancée en 2009. La rémunération est basée sur le niveau et l'évolution des pratiques en fonction d'objectifs déterminés sur un certain nombre d'indicateurs. Ces indicateurs concernent d'une part l'organisation du cabinet et la qualité du service, et d'autre part la qualité de la pratique médicale déclinée en trois axes : suivi des pathologies chroniques, prévention et optimisation des prescriptions (efficience). Pour chacun des indicateurs un objectif cible a été défini en fonction des écarts entre les recommandations et la pratique collective, de l'observation de la situation dans les autres pays et de l'hétérogénéité entre praticiens².

L'analyse des indicateurs lors de la mise en place du dispositif objective d'importantes variations géographiques des pratiques. À titre d'exemple, la part de patients ayant bénéficié d'une consultation d'ophtalmologie et/ou d'un fond d'œil, était en moyenne de 61 % en 2012 et variait de 41 % à 68 % selon les départements.

Ces variations ne s'observent pas seulement entre territoires, mais aussi à l'échelle du médecin, entre patientèles. Pour reprendre l'exemple du fond d'œil en 2012, moins de 47 % des patients diabétiques en ont bénéficié dans le premier décile des médecins, contre plus de 77 % dans le dernier décile.

Un autre facteur de variation est la situation sociale des patients, estimée à l'échelle collective par la mesure de l'indice de défavorisation de la zone géographique d'installation du médecin traitant (à fin 2013, en moyenne, 63 % de fonds d'œil dans le premier décile de défavorisation [communes les plus favorisées], contre 59 % dans le dernier décile). En utilisant un autre indice, la part de patients bénéficiaires de la CMUc dans la patientèle, les résultats sont encore plus marqués (en moyenne, 65 % de fonds d'œil dans le premier décile, contre 58 % dans le dernier décile)³.

Il faut noter que l'évolution 2012/2014 est globa-

2. La liste des indicateurs est disponible à l'adresse suivante : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-de-qualite-de-la-pratique-medicale.php

3. Choukroun S., Decroix M., Debeugny G., Frangeul S., Schramm S. Rémunération sur objectifs de santé publique et inégalités sociales en santé. 9^e congrès de la médecine générale. Paris : mars 2015 [communication affichée].

François Alla
PU-PH, Université de Lorraine, conseiller, Direction générale de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés



Pertinence des soins et variations des pratiques médicales

lement favorable, quoique variable selon les indicateurs⁴. La proportion globale d'exécution passe de 53 % en 2012 à 65 % en 2014. En particulier, un resserrement des écarts s'observe avec une nette amélioration des résultats des médecins qui étaient le plus éloignés de la médiane (figure 1).

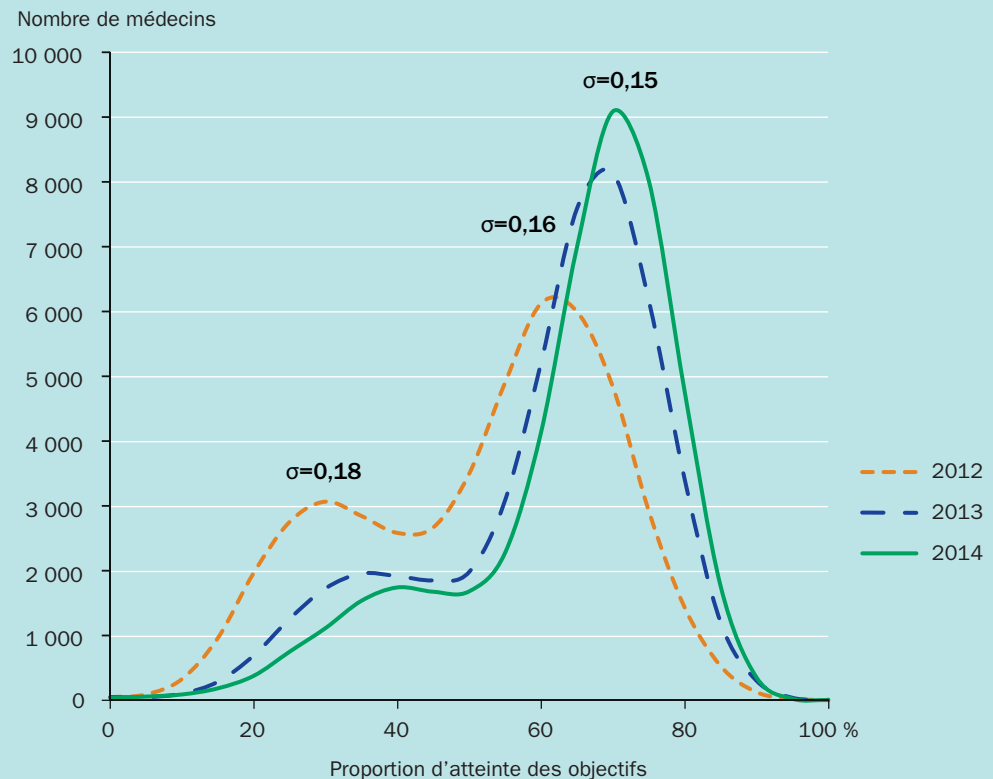
En conclusion, la ROSP permet d'illustrer la diversité des pratiques des médecins traitants. Diversité qui s'observe à l'échelle géographique mais aussi en fonction de la situation sociale des patients, ce qui questionne le rôle du système de soin dans le maintien, la réduction voire l'aggravation des inégalités sociales de santé. Le suivi de l'évolution des indicateurs montre que la ROSP contribuerait à réduire les écarts et donc potentiellement à améliorer la pertinence des soins et leur conformité aux recommandations. Elle contribuerait aussi à l'amélioration de l'équité de la prise en charge

par homogénéisation des pratiques, la rémunération soutenant ce processus. Il faut toutefois préciser que l'analyse des résultats à l'échelle de la patientèle ne permet pas de répondre à la pertinence d'une pratique à l'échelle individuelle pour un patient donné (des facteurs non mesurés par les systèmes d'information pouvant entrer en compte). La ROSP n'a ainsi pas vocation à se substituer aux autres démarches d'amélioration des pratiques mais à y concourir : pour le médecin, le fait de disposer d'éléments de comparaison par rapport à ses confrères représente en effet un outil pour revisiter la pertinence de ses pratiques. Par ailleurs, cet exemple démontre la faisabilité de l'utilisation des données de remboursement pour le suivi d'indicateurs. L'utilisation de ces données permet en effet d'identifier les problèmes potentiels (sur quoi agir?), de définir les leviers d'interventions (comment agir?) et de cibler les territoires ou professionnels concernés (où agir?). Les évolutions techniques, organisationnelles et juridiques en cours devraient favoriser l'utilisation de ces données par les chercheurs et les régulateurs du système de santé.

4. Cnamts. *La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à trois ans*. Dossier de presse, avril 2015. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2014-150427.pdf

figure 1

Évolution des proportions d'exécution de la ROSP entre 2012 et 2014 pour l'ensemble des indicateurs



Champ : omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle médecin traitant d'au moins 200 patients.

Source : CnamTS.

L'exemple des interventions médicales pour les grossesses à bas risques

A partir de l'enquête nationale périnatale de 2010, l'étude présentée ci-après décrit comment la fréquence des interventions obstétricales varie suivant le statut et la taille des maternités. Plus d'une femme sur deux dont la grossesse est à bas risque (52 %) a eu au moins une intervention obstétricale (travail déclenché, césarienne, extraction instrumentale, épisiotomie) en 2010. La probabilité d'avoir une intervention n'est pas plus élevée dans les grandes maternités. Elle l'est, en revanche, dans les maternités privées.

Les données scientifiques actuelles sont en faveur d'une limitation des interventions médicales chez les femmes à bas risque. Ces interventions présentent

un risque d'effets iatrogènes et ont un coût financier. Elles provoquent en outre l'insatisfaction de certains couples qui souhaitent un accouchement plus naturel.

La fermeture de nombreuses maternités, à l'origine d'une concentration des naissances dans de plus grands services, ravive ces préoccupations : des études réalisées à l'étranger mettent en effet en évidence une fréquence plus élevée des interventions médicales dans les grandes maternités. Il est donc important de connaître la fréquence des principales interventions réalisées pendant l'accouchement chez les femmes à bas risque, qui représentent, selon les définitions, entre 60 et 80 % de l'ensemble des femmes qui accouchent.


Bénédicte Coulm
Béatrice Blondel
 Inserm, U1153
 Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique, Centre de recherche épidémiologie et statistique Sorbonne Paris cité, université Paris-Descartes
Annick Vilain
 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

L'enquête nationale périnatale de 2010

Les enquêtes nationales périnatales (ENP) contribuent au suivi et à l'évaluation des plans Périnatalité. Elles ont eu lieu en 1995, 1998, 2003 et 2010. Elles recueillent des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque, à partir d'un échantillon représentatif des accouchements constitué de toutes les naissances en France pendant une semaine. Le questionnaire est rempli pour partie en interrogeant la femme enceinte, et pour partie avec les informations

contenues dans le dossier médical, pour les pathologies de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et l'état de l'enfant. La dernière enquête a eu lieu du 15 au 21 mars 2010 dans toutes les maternités de Métropole et dans les DOM à l'exception de la Martinique. Au total, 14 681 femmes ont été incluses dans l'ENP de 2010, dans 535 établissements.


L'enquête a été mise en œuvre par la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (Drees), la Direction générale

de la santé (DGS) et l'équipe de recherche en épidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique (EPOPé) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) [U1153]. Elle a été réalisée avec la participation des services départementaux de Protection maternelle et infantile (PMI) et grâce à la contribution des personnels médicaux et administratifs des maternités. Elle a été financée par la Drees et la DGS. 

Les femmes présentant des grossesses à bas risque de complications

Les femmes à bas risque obstétrical sont des femmes pour lesquelles la probabilité d'avoir un accouchement par voie basse sans complication, d'un enfant unique vivant et en bonne santé est élevée. Ce groupe de femmes a été obtenu en excluant les cas de pathologie grave préexistante, les antécédents obstétricaux défavorables et les complications de la grossesse les

plus fréquemment trouvés dans la littérature. D'après ces critères, 65 % des femmes incluses dans l'enquête nationale périnatale 2010 étaient considérées à bas risque obstétrical. Cette sélection a permis de constituer un groupe de femmes *a priori* comparable d'une maternité à l'autre, en atténuant les variations de recrutement entre services. La sélection s'est faite ici sur la base d'événements anté-

rieurs au début du travail, sans tenir compte des éventuelles complications survenues pendant l'accouchement, dont certaines peuvent justifier une intervention. Le groupe des femmes à bas risque obstétrical ne constitue donc pas un groupe dans lequel on ne devrait observer aucune intervention obstétricale. 



52 % des femmes ayant une grossesse à bas risque ont une intervention lors de leur accouchement

Parmi les 9530 femmes à bas risque enquêtées¹, dont la grossesse ne présentait pas de complications², 24 % d'entre elles ont eu un déclenchement du travail, 10 % une césarienne, 15 % une extraction instrumentale et 20 % une épisiotomie (lire les encadrés p. 17). La moitié des femmes (52 %) ont eu au moins l'une de ces quatre interventions.

Des pratiques pas plus fréquentes dans les grandes maternités

Les déclenchements, les césariennes et les épisiotomies ne sont pas plus fréquents dans les grandes maternités. Seul le risque d'extraction instrumentale y est un peu plus important, multiplié par 1,2 dans les maternités de 3000 accouchements ou plus par an, en comparaison avec celles de moins de 1000 accouchements, à statut de maternité, âge gestationnel, poids de naissance, âge maternel, parité, indice de masse corporelle (IMC), pays de naissance et niveau d'étude identiques (tableau 1). Par ailleurs, la fréquence des quatre interventions étudiées ne diffère pas suivant le niveau de spécialisation des maternités.

L'absence de lien entre la fréquence des interventions et la taille de l'établissement pourrait s'expliquer par des mécanismes de compensation entre des effets contraires. D'une part, les grands établissements (ou les établissements très spécialisés) pourraient appliquer des politiques de prise en charge plus interventionnistes, par une transposition des protocoles dédiés aux femmes enceintes à haut risque vers les femmes présentant des grossesses à bas risque. D'autre part, les obstétriciens des grandes maternités (ou des maternités très spécialisées) pourraient être davantage incités à adopter des prises en charge fondées sur les connaissances scientifiques les plus récentes [11, 29]. Dans ces maternités, souvent universitaires, les professionnels assurent en effet la formation des étudiants et de l'animation d'activités de recherche.

Par ailleurs la réglementation relative aux conditions de fonctionnement des maternités pourrait limiter les

différences de pratique entre les services les plus petits et les autres : la présence d'une équipe médicale complète sur place ou en astreinte opérationnelle 24 heures sur 24 est obligatoire dans chaque maternité et les possibilités de maintien des maternités réalisant moins de 300 accouchements par an sont limitées (Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998).

Plus d'interventions dans les maternités privées

Le risque d'avoir une intervention lors de l'accouchement est 1,2 fois (IC³ 95 % 1,2-1,3) supérieur dans les maternités privées, en comparaison avec les maternités publiques, après prise en compte des caractéristiques des mères et des nouveau-nés et de la taille de la maternité. La probabilité d'avoir une césarienne ou une épisiotomie est multipliée par 1,3 dans les maternités privées, et celles d'avoir un déclenchement ou une extraction instrumentale sont respectivement multipliées par 1,4 et 1,5. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette situation. La crainte du risque médico-judiciaire et des poursuites pourrait être plus forte dans les maternités privées, et amènerait les praticiens à pratiquer plus facilement une césarienne ou un déclenchement, afin d'anticiper des risques potentiels pour la mère ou le nouveau-né. En France, ces pressions seraient plus importantes en médecine libérale, puisque c'est le médecin lui-même, et non pas l'établissement comme dans le secteur public, qui endosse la responsabilité civile médicale et qui encourt une condamnation en cas de poursuites.

Le gain de temps apporté par une césarienne ou des interventions programmées pourrait également permettre à l'obstétricien d'organiser et de mieux gérer son temps de travail, car il est souvent amené à réaliser des consultations en parallèle à son activité en salle de naissance, parfois même en dehors de la maternité. Par ailleurs, dans le secteur privé, les obstétriciens assurent le plus souvent seuls le suivi d'une patiente et pourraient, par exemple, accéder plus facilement aux demandes des femmes qui souhaitent un déclenchement ou une césarienne, même en dehors de toute indication médicale. Enfin, les sages-femmes, qui auraient une approche moins interventionniste de l'accouchement que les obstétriciens [47, 52], réalisent moins souvent les accouchements non instrumentaux dans les établissements privés (44 %) que dans les établissements publics (92 %).

3. Intervalle de confiance : permet de définir une marge d'erreur entre les données d'un sondage et les données de la population totale.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 57.

1. D'après l'enquête nationale périnatale de 2010.

2. Les femmes à bas risque obstétrical ont été sélectionnées sur la base d'événements antérieurs au début du travail, sans tenir compte des éventuelles complications survenues pendant l'accouchement, dont certaines peuvent justifier une intervention. Ainsi, le groupe des femmes à bas risque obstétrical ne constitue pas un groupe dans lequel on ne devrait observer aucune intervention obstétricale.

tableau 1

Fréquence des interventions obstétricales suivant la taille et le statut des maternités

	Effectifs	Fréquences en %	Risque relatif ³	IC à 95 %
Déclenchement	9 334	23,9		
Taille de la maternité (acc./an)				
< 1000	1 732	24,5	réf	
1000-1999	3 295	23,6	0,9	0,8 ; 1,1
2000-2999	2 668	23,7	1,0	0,9 ; 1,1
≥ 3000	1 639	24,1	1,0	0,9 ; 1,1
Statut				
Public	6 685	22,0	réf	
Privé	2 649	28,8	1,4	1,3 ; 1,5
Césarienne	9 437	10,1		
Taille de la maternité (acc./an)				
< 1000	1 749	10,4	réf	
1000-1999	3 327	10,4	0,9	0,8 ; 1,1
2000-2999	2 707	9,6	0,9	0,7 ; 1,0
≥ 3000	1 654	10,3	0,9	0,8 ; 1,1
Statut				
Public	6 740	9,5	réf	
Privé	2 697	11,9	1,3	1,1 ; 1,4
Extraction instrumentale	8 480	15,2		
Taille de la maternité (acc./an)*				
< 1000	1 567	12,7	réf	
1000-1999	2 982	14,8	1,1	1,0 ; 1,3
2000-2999	2 447	16,4	1,3	1,1 ; 1,5
≥ 3000	1 484	16,6	1,2	1,0 ; 1,5
Statut				
Public	6 103	13,4	réf	
Privé	2 377	19,7	1,5	1,3 ; 1,6
Épisiotomie¹	7 122	19,6		
Taille de la maternité (acc./an)*				
< 1000	1 360	19,9	réf	
1000-1999	2 519	21,0	1,0	0,9 ; 1,2
2000-2999	2 022	19,2	0,9	0,8 ; 1,1
≥ 3000	1 227	17,0	0,8	0,7 ; 1,0
Statut				
Public	5 232	18,2	1,0	
Privé	1 896	23,4	1,3	1,2 ; 1,4
Au moins une intervention²	9 530	52,0		
Taille de la maternité (acc./an)				
< 1000	1 768	51,1	réf	
1000-1999	3 370	52,7	1,0	1,0 ; 1,1
2000-2999	2 721	52,1	1,0	0,9 ; 1,1
≥ 3000	1 671	51,1	1,0	0,9 ; 1,0
Statut				
Public	6 801	48,6	réf	
Privé	2 729	60,4	1,2	1,2 ; 1,3

1. Épisiotomie parmi les femmes ayant eu un accouchement par voie basse non instrumentale.
2. Déclenchement du travail ou césarienne ou extraction instrumentale ou épisiotomie.
3. Risques relatifs ajustés à la taille et au statut de la maternité, à l'âge gestationnel, au poids de naissance, à l'âge maternel, à la parité, à l'indice de masse corporelle (IMC), au pays de naissance et au niveau d'études.

Note de lecture · Dans les maternités privées, la probabilité d'avoir un déclenchement du travail est multipliée par 1,4 par rapport aux maternités publiques (groupe de référence), celle d'avoir une césarienne ou une épisiotomie multipliée par 1,3, et celle d'avoir une extraction instrumentale multipliée par 1,5, à taille de la maternité, âge gestationnel, poids de naissance, âge maternel, parité, IMC, pays de naissance et niveau d'études identiques.

IC : intervalle de confiance.

Modèle linéaire généralisé associé à une loi de poisson. * association statistiquement significative au seuil de 5 %, en analyse bivariée.

Champ · France métropolitaine.

Sources · Enquête nationale périnatale 2010.